

# 地域がん診療拠点病院である当院における がん患者リハビリテーションの現状と課題

金橋 知世, 石井 陽史, 小山 昭人

## 要 旨

がんは「不治の病」とされた時代から「共存する」時代となりつつも、がん患者の抱える不安は大きい。とくに「痛み」は身体的なものだけではなく、心理的、社会的、さらにスピリチュアルペインといわれる「死への恐怖」などを包含した全人的な痛みであり、健常者には簡単に理解できるものではない。この痛みを少しでも和らげ、がんと共に生するために生活の質（以下QOL）を重視したケアとして、平成24年「がん対策推進基本計画」の中で「がん患者リハビリテーション」の重要性が指摘された<sup>1)</sup>。がん患者リハビリテーションは、身体機能を改善する従来のリハビリに重ねて、がん患者の痛みに寄り添いながら行われる生活機能やQOL向上へのケアに重点が置かれている。

地域がん診療拠点病院である当院においても、平成26年4月よりがん医療の一環としてがん患者リハビリテーション料の施設基準を整備し介入を開始した。

今回は、がん患者リハビリテーションの実態を調査する目的として、診療科ごとのがん特性・転帰先・リハビリ内容、開始前後のリハビリ処方件数を比較し検討した。

対象とした4診療科では、対象患者やリハビリの目的・内容は異なり個別性が高いことが確認された。また、処方件数の増加を認め、がん患者リハビリテーションに対する需要は高まっていると考えられた。

当院における課題として、施設基準取得病棟の拡大・維持を図りつつ、医療従事者ががん患者・家族の痛みに寄り添いながら行うがん患者リハビリテーションの実践が挙げられた。

キーワード：地域がん診療拠点病院、がん患者リハビリテーション、多職種連携

## はじめに

近年、医療技術の向上、がん罹患の若年化によって、がんと共に共存する患者は増加している。がん医療に対する注目が高まり、その一つとして、がん患者に対するリハビリテーションの必要性も増大し、平成22年度の診療報酬改定にて疾患別リハビリテーション料の中にがん患者リハビリテーション料（以下がんリハ料）が新設された<sup>2)</sup>。

平成17年1月に当院は地域がん診療拠点病院に指定され、専門的ながん医療の提供を担う役割が課せられた。リハビリテーション科（以下リハ科）においては、がん患者に対する充実したリハビリテーション（以下がんリハ）を提供するため、がんリハ推進プロジェクトチームを立ち上げ、がんリハ料の算定できる体制を整備した。

その後、平成26年4月よりがんリハを開始し約1年9ヵ月が経過した。がんの種類や予後にも個人差があり、診療科ごとにリハビリテーション内容も大きく異なっていた。

今回はリハ科が日頃実施しているリハビリテーション内容を多職種に広く知ってもらうこととがんリハを再確認する意味を含めて、当院におけるがんリハの現状について検討し、がんリハの必要性、今後の課題について報告する。

## I. がん患者リハビリテーションについて

### 1) 目的・対象患者

がん患者は全人的苦痛を抱えていることが多いため、医師・看護師・MSW・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等がん患者に関わる医療従事者は①身体的苦痛（倦怠感・筋力低下・痛み）、②心理的苦痛（不安・うつ状態）、③社会的苦痛（仕事や家庭での役割が担えなくなるという苦しみ）、④スピリチュアルペイン（なぜ自分ががんになってしまったのかという悩み、いつ死んでしまうのだろうかという恐れ・悲しみ）を理解し、受けとめながらそれぞれ役割を果たし支援していかなければならない<sup>3) 4)</sup>。

がんリハにおける対象患者としては、表1に示すようにがんア～がんクまで8種類に分類され、様々ながんに対応している。

介入目的としては、表2に示すように病期に対応して、予防的・回復的・維持的・緩和的リハビリと4期に分類され介入目的が考えられている。

### 2) がん患者リハビリテーション料の施設基準

がんリハ料を算定するために、施設基準の取得が必要であり、その要件として、平成19年より開始となった厚生労働省主催「がんのリハビリテーション研修会 CAnCER REhabilitation Educational program for Rehabilitation teams (以下CAREER)」の受講修了が義務付けられている<sup>5)</sup>。CAREERには、リハビリテーションに関するチーム医療の観点から、同一の医療機関より、医師、看護師が1名ずつ、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士いずれか2名以上含む4名以上で1チームとなり参加すること<sup>5)</sup>と規定されている。

当院では、平成26年4月より消化器内科病棟においてはじめてがんリハを開始した。平成27年12月現在、呼吸器内科、血液内科、放射線治療科、泌尿器科、緩和ケア内科、外科、呼吸器外科の6病棟8診療科でがんリハを実施している。

## II. 当院における診療科ごとのがん特性とリハビリ介入目的・内容について

がん特性とリハビリテーション介入目的・内容は診療科ごとに差異が生じるかを調査した。

表1. がん患者リハビリテーション料 対象文献5) より抜粋

がん ア	食道がん、肺がん、縦隔腫瘍、胃がん、肝臓がん、胆嚢がん、膵臓がん又は大腸がん と診断され、当該入院中に閉鎖循環式全身麻酔によりがんの治療のための手術が行 われる予定の患者又は行われた患者
がん イ	舌がん、口腔がん、咽頭がん、喉頭がん、その他頸部リンパ節郭清を必要とするがん により入院し、当該入院中に放射線治療若しくは閉鎖循環式全身麻酔による手術が行 われる予定の患者又は行われた患者
がん ウ	乳がんにより入院し、当該入院中にリンパ節郭清を伴う乳房切除術が行われる予定の 患者又は行われた患者で、術後に肩関節の運動障害等を起こす可能性がある患者
がん エ	骨軟部腫瘍又はがんの骨転移に対して、当該入院中に患肢温存術若しくは切断術、 創外固定若しくはピン固定等の固定術、化学療法又は放射線治療が行われる予定の 患者又は行われた患者
がん オ	原発性脳腫瘍又は転移性脳腫瘍の患者であって、当該入院中に手術若しくは放射線 治療が行われる予定の患者又は行われた患者
がん カ	血液腫瘍により、当該入院中に化学療法若しくは造血幹細胞移植が行われる予定の 患者又は行われた患者
がん キ	当該入院中に骨髄抑制を来しうる化学療法が行われる予定の患者又は行われた患者
がん ク	在宅において緩和ケア主体で治療を行っている進行がん又は末期がんの患者であ って、症状増悪のため一時的に入院加療を行っており、在宅復帰を目的としたリハビリ テーションが必要な患者



## 調査方法

調査期間は平成27年7月～平成27年10月までの間で、対象はがんリハ料の算定を開始し、2桁以上処方件数がある4診療科（消化器内科・呼吸器内科・血液内科・放射線治療科）とした。リハ科データベースをもとに、調査した。

## 結 果

処方件数は142件、男女比63%：37%、平均年齢 $71.4 \pm 13.1$ 歳、入院時機能的自立度評価表（以下FIM） $102.2 \pm 24.8$ 点、退院時FIM $105.1 \pm 31.7$ 点であった。

がんリハ対象患者の内訳は、表1に示したがんア～がんクの8分類とし図1に示す。

がん患者転帰先の内訳は、自宅、改善終了、急性期病院転院、回復期病院転院、療養型病院orホスピス転院、悪化終了、死亡の7分類とし図2に示す。

消化器内科においては、対象患者は、在宅において生活していたが症状増悪のため一時的に入院加療を行っている患者（がんク）が95%であった。がんによる食欲不振や倦怠感、浮腫等により日常生活動作（以下ADL）に支障をきたしている患者が多い。

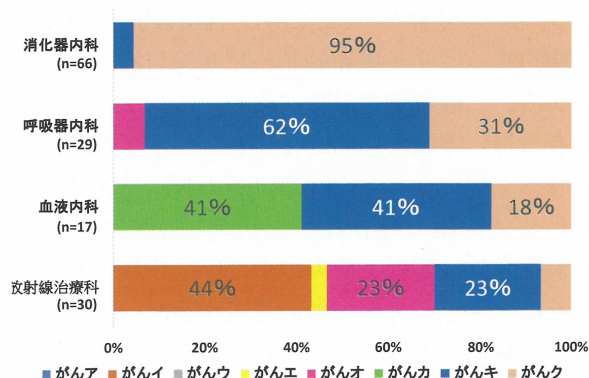


図1. 診療科別 がんリハ対象患者

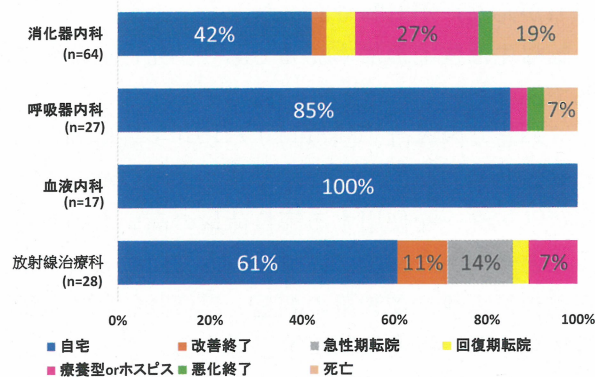


図2. 診療科別 がん患者 転帰先

表2. がん患者リハビリテーション 介入目的文献6)より抜粋

予防的 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>診断早期、術前、治療前の患者</li> <li>機能障害はなく、予防的な介入</li> </ul>
回復的 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療開始後の患者</li> <li>機能障害、体力低下、筋力低下に対して最大限の機能回復</li> </ul>
維持的 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん進行期、機能障害が現れた患者</li> <li>運動機能維持・改善目的</li> <li>自助具の使用や動作指導等の代償手段の指導</li> <li>廃用症候群の予防</li> </ul>
緩和的 リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> <li>積極的な治療が受けられなくなった患者</li> <li>患者の要望を尊重しながら、身体的、精神的、社会的にもQOLを高く保てるようにサポート</li> </ul>

転帰先は、在宅復帰率42%と低く、療養型orホスピス転院が27%、死亡退院が19%であった。

リハビリ内容は、表2に示した回復的リハビリ・維持的リハビリ・緩和的リハビリを目的とすることが多い。倦怠感や浮腫により、床上中心である患者に対しては、他動的に体を動かすことによってリラクゼーションを図る。その後、全身状態に合わせ、身体の残存機能を活かしADLの維持・拡大を図り、疲労や痛みの少ない動作指導を行う。徐々に倦怠感や身体機能の低下を認め、活動する意欲が減退していく患者の心の支えになることが重要である。

呼吸器内科においては、対象患者は化学療法を行う患者（がんキ）が62%で、症状増悪した患者（がんク）が31%であった。

転帰先は在宅復帰率85%であり、死亡退院が7%であった。

リハビリ内容は、回復的リハビリ・維持的リハビリが多く、自宅生活を想定して、階段練習やエルゴメーターを使用する等負荷量の高いものを行うことも多い。また、在宅酸素を使用する場合は、連続歩行距離や運動量の調整、息切れを認めた際は休息をどの程度挟むか等指導する。さらに、肺がんからの脳転移は多く認められ、片麻痺を来した場合には代償手段の指導と可能な限りの回復を促すことが必要である。肺がんの診断を受けた後に、脳転移の診断を受け著明な身体機能低下を生じるとともに、更なる心理的な苦痛を伴う。この苦痛を理解し受けとめながら、残存機能を活かし、生きる意欲を持ち続けられるような関わりが求められる。

血液内科においては、対象患者は化学療法を行われる患者（がんカ・がんキ）が合わせて82%であった。

転帰先は、在宅復帰率100%であり、自宅で必要なADLを聴取し、QOLの維持を図ることが大切である。

リハビリ内容としては、回復的リハビリ・維持的リハビリが多く、ADL自体は自立されている方が多い。しかし、治療による副作用にて臥床時間が増え、廃用症候群を来たさないように最低限の身体活動を行う必要があるため、適切な運動量

を検討し予防的なリハビリも欠かせない。また、多発性骨髄腫では圧迫骨折のリスクが高く運動負荷量を調整すること、同じ動作でも痛みを軽減して行えるような動作指導も必要である。化学療法を繰り返し行い長期化する患者の心理は、治療に対しての不安感や治療が奏効するののかという疑心を抱き、副作用が強い場合にコントロール不全感を持ち合わせることが多い。そのため、心情に寄り添い気遣いながら、病棟との情報交換は欠かさずに治療・リハビリを進めていくことが重要である。

放射線治療科においては、対象患者は放射線治療または化学放射線治療を行う患者（がんイ・オ・キ）が90%であった。

転帰先は在宅復帰率61%、転院が28%であった。頭頸部がん患者において、経口摂取にて栄養が確立されない場合には転院となった。

リハビリ内容としては、ADLがほぼ自立の患者であっても、体力・筋力維持の為に治療前より介入することが多くなっている。また、頭頸部がん患者では、嚥下器官の切除等による器質的嚥下障害と治療中に生じる粘膜炎や嚥下器官の感覚低下により嚥下障害が引き起こされる場合がある<sup>7) 8)</sup>。その際は、嚥下訓練や代償手段の指導を行い、食形態の調整を実施する<sup>9)</sup>。治療中、嚥下障害や食欲不振により経口摂取のみで栄養確立が困難となる患者も少なくないが、食べる意欲を持ち続けるための関わりが重要である。そのために、病棟・栄養科と連携を図り、摂食量を維持できるよう適宜嚥下評価や嗜好の調査をしながら食事を提供している。

## 考 察

今回、診療科ごとに対象患者や目的とするリハビリ内容は異なることが確認できた。がんの種類や病期が多種多様であり、個別性が高いがんリハにおいて、患者それぞれに感じる苦痛は様々である。いかなる病期であっても、患者が生きる意欲を持ち続けられるような関わりが必要である。がんと診断された際の強い悲しみや切なさ、退院後に社会や家庭での生活に戻る際の不安感、治療適応がなくなった後の喪失感は計り知れず、患者そ



それぞれ背負っているものが異なる。その背景にあるものを理解し、身体面だけではなく心理的・社会的・スピリチュアルな側面全てに対して検討し関わることが大切である。

### Ⅲ. がん患者リハビリテーション開始後の変化

がんリハ開始後、病棟におけるリハビリ介入の需要の有無を検討するために、がんリハ開始前後の処方件数を調査した。

### 調査方法

対象はがんリハの算定を開始し、2桁以上処方がある4診療科(消化器内科・呼吸器内科・血液内科・放射線治療科)とした。がんリハ開始前後のがん患者の処方件数についてリハ科データベースをもとに調査した。

### 結 果

診療科ごとの患者背景を表3に示す。がんリハ

表3. がんリハ開始前・後の処方患者背景

	消化器内科		呼吸器内科		血液内科		放射線治療科	
	前	後	前	後	前	後	前	後
対象期間	H24/4/1- H25/3/31 (24ヶ月)	H26/4/1- H27/10/31 (19ヶ月)	H24/4/1- H25/3/31 (24ヶ月)	H26/10/1- H27/10/31 (13ヶ月)	H24/4/1- H26/3/31 (36ヶ月)	H27/7/1- H27/10/31 (4ヶ月)	H24/4/1- H26/3/31 (36ヶ月)	H27/7/1- H27/10/31 (4ヶ月)
処方件数	98件	233件	82件	109件	143件	17件	73件	30件
平均年齢	75.5± 8.9歳	73.9± 9.6歳	71.0± 12.8歳	69.9± 7.7歳	66.8± 13.1歳	66.4± 14.0歳	73.4± 10.5歳	71.9± 13.7歳
男女比 (%)	57:43	60:40	69:31	74:26	52:48	58:42	65:35	62:38
開始時 FIM	91.9± 28.6点	95.1± 25.1点	95.6± 30.5点	110.9± 19.6点	105.7± 13.8点	108.5± 15.4点	115.2± 14.2点	110.7± 20.7点

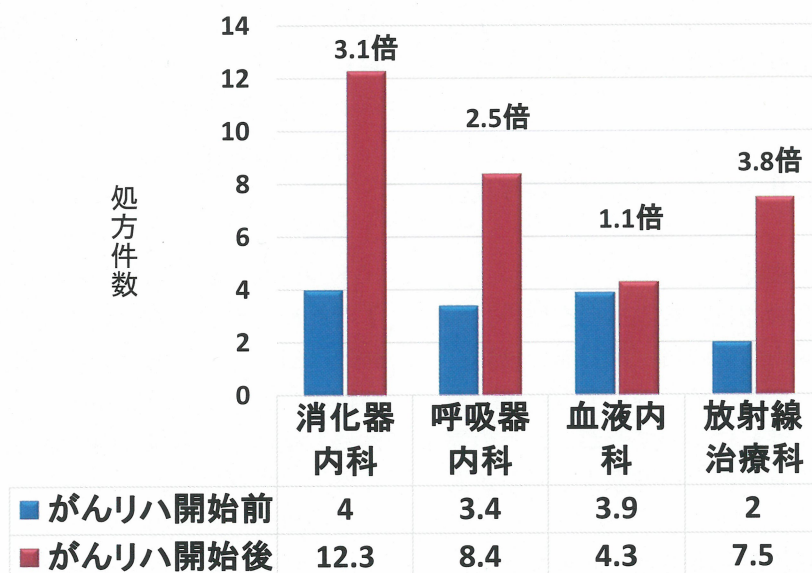


図3. 診療科別 処方件数比較 (月平均)

開始前後の処方件数比較を図3に示す。

がんリハ開始後のがん患者処方件数の月平均はがんリハ開始前と比較し、消化器内科では、3.1倍と増加、呼吸器内科では2.5倍と増加、血液内科では1.1倍、放射線治療科では3.8倍と増加した。

放射線治療科においては、平成26年10月より、頭頸部がん患者に対しての嚥下機能評価目的で介入が徹底されるようになったことが3.8倍となった一要因である。

## 考 察

今回、比較した4診療科のうち3診療科で処方件数の月平均が2倍以上となり、当院においてがんリハの需要が高まっていると考えられた。

増加した要因としては、CAREERに参加し、がんリハの意義や介入目的について理解されたことと、多職種で検討しやすい関係が構築出来たからではないかと考えられた。医師・看護師は入院当初、身体機能の低下がない患者であっても治療過程における体力・筋力が低下することを懸念し、処方される患者が多くなっている。さらに、緩和的リハビリ目的の患者も多い消化器内科の処方件数が増加したことから、積極的な治療期を過ぎたがん患者においても、リハビリの介入は増加傾向にある。

これは、いかなる病期であっても、最期までその人らしい生き方ができ、QOLの維持・向上を図るために、病棟とリハ科が協働する必要があると認識されるようになったからではないかと考えた。

## IV. がん患者リハビリテーションにおける今後の課題

### 1) 施設基準拡大・維持

すでに6病棟・8診療科が施設基準を取得しているが、他に糖尿病内分泌内科（副腎癌、副腎皮質癌等）、形成外科（悪性黒色腫等）、産婦人科（卵巣がん、子宮頸がん等）においてもがんリハの需要があるため、施設基準拡大を推進する必要がある。

また、がんリハ料施設基準では、病棟でケアにあたる看護師も1名以上がCAREERに参加し行われるものであること<sup>5)</sup>とあり、看護師の異動等

も考慮し、病棟には1名以上CAREER修了者が在籍していることを徹底しなければならない。

### 2) がん患者リハビリテーションに対する理解を深める

#### ① 院内研修会の定期的な開催

平成24年がん対策推進基本計画において、地域がん診療拠点病院では、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者に対しての質の高い研修会を実施し、その育成に取り組む<sup>10)</sup>とリハビリテーションに関する記載が多くなった。年に1回はがんリハ院内研修として、がん患者に携わる医療従事者が介せる場を設け推進していくことが必要である。

#### ② 患者、家族に対しての説明・満足度の確認

医療従事者におけるがんリハの必要性は認識されつつあるが、患者・家族に関しては不明である。介入する患者に対し、具体的な介入内容についてパンフレットやリハビリテーション総合実施計画書を使用して説明と同意を得ることは引き続き実施していく。また今後は、患者・家族におけるがんリハの必要度や満足度を調査するために、アンケートの実施を検討する。

#### ③ がん患者リハビリテーションの需要・必要性の検討

今回はがんリハを開始した4診療科で比較、検討を行い、がんリハの需要が高まっていると考えられたが、今後取得する診療科においてもがんリハの必要性が理解され機能しているか動向を確認していく必要がある。

### 3) がん患者リハビリテーションの質の向上

1つ目は、がん患者の希望に対して迅速に対応するため、医師・看護師・MSW・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が一体となり、支援できる体制を堅持する必要がある。カンファレンス以外にも積極的に意見交換できる関係を構築していく努力が相互に求められる。

2つ目は、がんのリハビリテーションガイドライン<sup>5)</sup>にそった診療を実施することである。ガイドラインでは、がんの原発巣・治療目的・病期別に8領域に分かれており、特にエビデンスレベル



の高い項目は確実に実施するためにがん患者に関わる医療従事者で統一する必要がある。

3つ目は、がんリハ介入内容について、個々のリハビリストッフの知識・技術を向上させる必要がある。予防的・回復的・維持的リハビリの内容は比較的立案しやすいが、緩和的リハビリに関しては、患者・家族の希望と身体機能・予後との間に差が生じ、難渋するケースが多い。そのため、がん患者が最期まで希望を持ちながら生活できるよう身体的・精神的苦痛を和らげることや、活動する意欲、生きる意欲を持続けられるよう寄り添いながら行うリハビリが出来る人間性豊かな医療従事者の育成が強く求められている。

### おわりに

今回はがん患者リハビリテーションの内容とがん患者の処方件数より医療従事者側におけるがん患者リハビリテーションの需要や必要性について検討した。多種多様であるがん患者の症状や病期に関わらず、がん患者リハビリテーションの必要性が確認できた。

今後はがん患者リハビリテーションの質の向上・充実を図るために、がん患者に関わる全ての医療従事者がチームとしてがん患者リハビリテーションを推進できるように微力ながら支援していく所存である。

### 参考文献

- 1) がんのリハビリテーション グランドデザイン 作成ワーキンググループ：がんのリハビリテーション グランドデザイン. 慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室. 金原出版. 2013
- 2) 厚生労働省：平成22年度診療報酬改定における主要改定項目について.  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken12/dl/index-003.pdf>
- 3) 余宮 きのみ：緩和ケア病棟の医師がOTに求めるもの. OTジャーナル46(6). 554-559. 2012
- 4) 大原 有郁子, 紺田 歩優, 田村 里子：緩和ケア病棟スタッフにおける地域連携. OTジャーナル46(6). 572-577. 2012
- 5) 医学通信社：診療報酬早見表. 491-492. 1104. 2014
- 6) 辻 哲也：がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで. 医学書院. 第1版, 26. 2011
- 7) 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会, がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会：がんのリハビリテーションガイドライン. 金原出版. 2013
- 8) 藤島 一郎, 片桐 伯真, 北住 映二, 他：疾患別に見る嚥下障害, 292-307. 2012
- 9) 日本がんリハビリテーション研究会：がんのリハビリテーションベストプラクティス. 金原出版. 2015
- 10) 厚生労働省：がん対策推進基本計画 平成24年6月  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_keikaku02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku02.pdf)

# The current state of and issues with rehabilitation for cancer patients at a hospital designated as a regional cancer care center

Tomoyo Kanahashi, Akifumi Ishii, Akito Koyama

*Department of Rehabilitation, Sapporo City General Hospital*

## Summary

In the past, cancer was “an incurable illness,” but patients can now “live with cancer.” Cancer patients have concerns, and one such concern is overall pain. Overall “pain” encompasses physical pain as well as mental, social, and spiritual pain (i.e. a “fear of death”), and this pain cannot be readily comprehended by healthy people. The 2012 Basic Plan to Promote Cancer Control Programs noted the importance of Rehabilitation for Cancer Patients<sup>1)</sup>. Such care is intended to alleviate pain, even if only slightly, and it emphasizes quality of life (QOL) so that patients can live with cancer. Rehabilitation for cancer patients overlaps conventional rehabilitation, which seeks to improve physical function. Key aspects of rehabilitation for cancer patients are to improve the ability to function and QOL of cancer patients while being attuned to their pain.

This hospital has been designated as a regional cancer care center. In April 2014, this hospital established criteria for costs of cancer rehabilitation borne by patients, and this hospital initiated interventions as part of cancer care.

In order to ascertain the current state of rehabilitation for cancer patients, the current study examined the characteristics of cancers encountered by different departments, patient destinations, rehabilitation services offered, and the number of times rehabilitation was prescribed both before the cost criteria and interventions were implemented and afterwards.

This study examined 4 departments. The patients seen by these departments and the rehabilitation objectives and rehabilitation services they offered differed. The 4 departments provided highly individualized care. In addition, the 4 departments increasingly prescribed rehabilitation and there was a heightened demand for cancer rehabilitation among patients.

There were several issues with cancer rehabilitation at this hospital. One issue was maintaining and increasing the number of wards that are capable of providing cancer rehabilitation. Another issue was having medical personnel provide rehabilitation services to cancer patients while being attuned to the pain of those patients and their families.

Keywords : hospital designated as a regional cancer care center, rehabilitation for cancer patients, coordination of multiple disciplines